

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПРИЕМА В ПРОГРАММЫ WISCONSIN FAMILY MEDICAID «СЕМЕЙНАЯ ПРОГРАММА МЕДИКЕЙД ШТАТА ВИСКОНСИН», BADGERCARE «ЗАБОТА О ЖИТЕЛЯХ ВИСКОНСИНА» и FAMILY PLANNING WAIVER «СЕМЕЙНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ»

Перед заполнением этой формы прочтите сопутствующие инструкции. Используйте только синие или черные чернила.

РАЗДЕЛ 1 – ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

Нуждаетесь ли Вы в помощи по оплате медицинских услуг, полученных за какой-либо из трех последних месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Есть ли в Вашей семье слепые, нетрудоспособные или инвалиды? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Отметьте язык, на котором Вы хотите, чтобы были напечатаны уведомления. <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский	Основной язык, на котором говорят в доме.	Case Number	Date Received
Имя лица, обращающегося за помощью (Фамилия, Имя, Отчество)		Телефон (включая код)		Мы предполагаем, что Ваши дети регулярно посещают школу. Укажите имена несовершеннолетних детей, которые <u>не</u> посещают школу регулярно.	
Адрес проживания (улица, город, штат, индекс)			Почтовый адрес (только если он отличен от адреса проживания) (улица, город, штат, индекс)		

РАЗДЕЛ 2 – ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ (для заполнения этого раздела смотрите инструкции).

Имена всех членов семьи, проживающих в Вашем доме. (Например: Вы, Ваш(а) супруг(а), отец, мать, дети, пасынки/падчерицы и т.п.) Пожалуйста, приложите дополнительный лист бумаги, если требуется больше места.	Подаете ли Вы заявление на участие в программах Medicaid «Медикейд» или BadgerCare «Забота о жителях Висконсина»?	Подаете ли Вы заявление на участие в программе «Семейное планирование»?	Social Security Number «Номер социального страхования» (только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол	Код семейного положения	Является ли гражданином США (только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе)	Код расовой или этнической принадлежности (необязательно)	Родственная связь с просителем
Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			М Ж		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			М Ж		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			М Ж		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			М Ж		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			М Ж		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

РАЗДЕЛ 3 – ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВУЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ (для заполнения этого раздела смотрите инструкции).

Есть ли у кого-то из детей биологические или приемные отец или мать, не живущие в доме? Да Нет (Приложите второй лист, если требуется больше места.)

Имя родителя (Фамилия, Имя, Отчество)	Social Security Number «Номер социального страхования»	Дата рождения	Имя/имена ребенка/детей	Родственная связь с ребенком
				<input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец
				<input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец

Причина, по которой родитель отсутствует	Дата, когда родитель покинул дом	Дата последнего контакта с родителем	Судебный ордер на развод / отцовство		
			Номер дела	Округ	Штат

РАЗДЕЛ 4 – ДОХОД ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Работаете ли Вы и / или кто-нибудь из членов Вашей семьи? Да Нет (Если Вы ответили «Да», заполните нижеуказанный раздел).
Является ли кто-нибудь из нижеперечисленных миграционным работником? Да Нет

Имя работающего лица	Работодатель (название, адрес и телефон)	Дата начала работы	Валовый месячный доход, ожидаемый в этом месяце (до налогов и вычетов)	Валовый месячный доход, ожидаемый в следующем месяце (до налогов и вычетов)

РАЗДЕЛ 5 – САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЗАНЯТОСТЬ

Являетесь ли Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи самостоятельно занятым лицом? Да Нет

Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Бизнес (название и адрес)	Вид бизнеса	Чистый годовой доход	Заявленная сумма амортизации	Доход, который Вы ожидаете получить в этом году

РАЗДЕЛ 6 – ДОХОД, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ (для заполнения этого раздела смотрите инструкции).

Получает ли кто-нибудь из членов Вашей семьи доход, не связанный с профессиональной деятельностью? Да Нет Если Вы ответили «Да», заполните нижеуказанный раздел для каждого типа дохода. (Приложите второй лист, если требуется больше места.)

Тип дохода	Да/Нет	Имя	Валовая сумма дохода в месяц	Вид дохода	Да/Нет	Имя	Валовая сумма дохода в месяц
Social Security «Социальное обеспечение»/ Supplemental Security Income (SSI) «Дополнительная денежная помощь»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	Оплата по нетрудоспособности/ болезни	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Алименты/пособие на ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	Проценты/дивиденды	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Компенсации работникам и при безработице	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	Ветеранские льготы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Другие виды дохода (опишите)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	Другие виды дохода (опишите)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$

РАЗДЕЛ 7 – СТРАХОВАНИЕ

Есть ли у кого-нибудь из вас медицинское страхование на данный момент или было ли оно в течение трех последних месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Название/адрес страховой компании	Имя владельца страхового полиса	Номер полиса	Дата вступления полиса в действие	Дата завершения действия полиса	Кто покрывается страховкой?
---	--	-----------------------------------	---------------------------------	--------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

РАЗДЕЛ 8 – УХОД ЗА РЕБЕНКОМ (приложите второй лист, если требуется больше места).

Платит ли кто-нибудь из членов семьи за уход за детьми или взрослыми, чтобы иметь возможность работать, искать работу, посещать учебное заведение или получать обучение?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кто платит за уход за детьми/взрослыми?	Кому Вы платите?	Проживает ли он(а) совместно с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кому предназначен уход?	Ежемесячный платеж \$
--	--	---	------------------	---	-------------------------	-----------------------

РАЗДЕЛ 9 – ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА (приложите второй лист, если требуется больше места).

Выплачивает ли кто-нибудь алименты?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кто выплачивает алименты?	Кто получает алименты?	Ежемесячный платеж \$
-------------------------------------	--	---------------------------	------------------------	-----------------------

РАЗДЕЛ 10 – БЕРЕМЕННОСТЬ (приложите второй лист, если требуется больше места).

Беременна ли кто-нибудь из членов Вашей семьи?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Как зовут беременную женщину?	Дата родов	Ожидаются ли роды более одного ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Сколько детей ожидается?
--	--	-------------------------------	------------	--	--------------------------

РАЗДЕЛ 11 – ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Пожалуйста, прочтите инструкции раздела «Права и Обязанности», до того, как расписаться.

Я понимаю вопросы и положения на форме этого заявления. Я понимаю, какие наказания могу понести за предоставление ложной информации или нарушение правил. Я удостоверяю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что все мои ответы правильны и полны, насколько я это знаю, включая предоставленную информацию о гражданстве каждого члена семьи, обращающегося за льготами. Я понимаю эти требования и согласен предоставить документы, подтверждающие то, что я сказал. Я понимаю, что агентство может обратиться к другим лицам или организациям для получения необходимого доказательства возможности моего участия в программе и определения уровня льгот.

ПОДПИСЬ – Заявитель или Полномочный Представитель

Дата